



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

CURSO DE COMPLEMENTO DE LICENCIATURA EM

ENFERMAGEM

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM DIABETES

MELLITUS: DA HOSPITALIZAÇÃO AO DOMICÍLIO

Discentes:

Julieta Reis

Samira Delgado

Vlademiro Monteiro

Mindelo, 18 de Fevereiro de 2013

“Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Licenciatura em Enfermagem.”

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS: DA HOSPITALIZAÇÃO AO DOMICILIO

Discentes: Julieta Reis

Samira Delgado

Vlademiro Monteiro

Orientador: Prof. Carlos David

Mindelo, 18 de Fevereiro de 2013

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho as nossas famílias: nossa base e nossa força. Aos nossos cônjuges: sempre companheiros, amigos, destinos e amores das nossas vidas. Obrigado! Aos nossos filhos: nossas mais cálidas esperança. Que o futuro possa recompensar os dias em que passaram sem a nossa presença. E a enfermagem: sonho de uma profissão reconhecida, forte e a serviço do ser humano.

AGRADECIMENTOS

É mais uma etapa que se cumpre e outra que sempre inicia nessa roda-viva da vida. E por isso, as pessoas que ao longo deste caminho nos acompanharam fornecendo-nos forças, motivações e saberes, não podem ser esquecidas. Assim expressamos os nossos sinceros agradecimentos:

A Deus, fonte de toda a sabedoria e força suprema que nos ajudou a caminhar em busca desta realização.

Aos nossos pais, que nos ensinaram a caminhar nessa vida, tanto física como moralmente, foram e são sempre fonte de amor, estímulo, apoio e exemplo: sem palavras para agradecer.

Aos nossos filhos que amamos muito.

Aos nossos irmãos, sobrinhos, tios, amigos, sem os quais a nossa vida não seria tão cheia de aprendizado, amor e alegrias: vocês são parte de cada um de nós.

Nosso orientador Carlos David que soube nos conduzir em passos compassados durante este novo caminho por nós empreendido.

Aos Professores do 1º curso de complemento de licenciatura em enfermagem da Universidade do Mindelo, cada um com sua peculiaridade que nos proporcionaram mais conhecimentos.

A todos os nossos colegas desta mesma luta pelos momentos de troca de experiências e aprendizado proporcionado principalmente pelo carinho, amizade e espírito de união.

As nossas colegas de trabalho, amigos que souberam entenderem nosso afastamento e que nos incentivaram na conquista desse trabalho: muitíssimo obrigado!

Á todas as pessoa que de uma forma ou de outra contribuíram para a concretização deste sonho, nosso muito obrigado!

Enfim, vocês fazem parte dessa construção e foram força para que nós empreendêssemos esta jornada da nossa vida.

RESUMO

A diabetes mellitus assume grande importância no contexto de Saúde Pública e por ser uma doença crónica, exige que a pessoa conheça e tenha autocuidado e viva bem. A deficiência no seu controlo ocasiona várias complicações que podem ser evitadas através da educação e promoção da saúde. Neste contexto ressalta a importância da actuação do enfermeiro como educador, tendo em vista a prevenção de doenças e promoção da saúde. A sua capacidade de identificar os problemas, estabelecendo metas para a resolução dos mesmos fará a diferença no tratamento da pessoa. O presente estudo tem como objectivo identificar estratégias de intervenções eficazes que permitem a pessoa com diabetes assumir o seu autocuidado. Consta no trabalho a elaboração de uma revisão da literatura sobre a promoção do autocuidado da pessoa com diabetes mellitus: da hospitalização ao domicílio; orientada pelo referencial teórico da Teoria do Deficit do Autocuidado de Orem. A enfermagem deve investir na educação da pessoa com diabetes, visando a diminuição do tempo de internamento aproveitando o internamento para orientar a pessoa e os familiares sobre a continuidade dos cuidados, ajudando na reinserção no seu meio socio-familiar, assumindo o seu autocuidado após a alta hospitalar. A qualificação das práticas de cuidado e a valorização da educação na perspectiva da saúde pelo enfermeiro perante a pessoa com diabetes trará melhor saúde.

Palavra-chave: Diabetes Mellitus, Intervenções de Enfermagem, Educação em Saúde, Alta Hospitalar

ABSTRACT

The Diabetes Mellitus assumes big importance in the context of public health and to be a chronic disease demands that the person knows it, having self – care and living well. The lack in its control causes several complications that can be avoided through education and health promotion. In this context highlight the importance of the of the nurse's action as educator, having into account disease prevention and health promotion. His capacity of identifying the problems, establishing goals for resolution of both will make difference in the treatment of the person. The recently study has as objective to indentify efficiency strategies of interventions which allow the person with Diabetes Millitus to assume his self-care. In this work there is an elaboration of a literature review about self- care promotion of person with Diabetes Millitus: from hospitalization to domicile; guided by referential theorist of Deficit's Theory of Self-Care from Orem. The Nursery should invest in the person's education with diabetes, in order to reduce the time of daily charge and seizing it to guide the person and families about the continuity of the care, helping to reinsert in his social and familiar environment assuming his self-care after hospital discharge .The qualification of practice care and enhancement of education from the point of view of the health by the nurse in relation to person with diabetes will bring better health.

Keyword: Diabetes Mellitus, Nursery's interventions, Education in Health, Hospital Discharge.

ÍNDICE

1. Introdução.....	1
1.1 Justificativa	4
1.2 Objectivos.....	4
1.3 Metodologia.....	5
2. Epidemiologia.....	6
3. Etiologia da DM	7
3.1 Classificação da DM.....	8
3.2 Tratamento	9
3.2.1 Insulinoterapia.....	11
3.2.2 Alimentação das pessoas com Diabetes.....	12
3.2.2 Actividade física.....	13
4. Impacto Socio-económico da DM em relação as lesões	15
5. Complicações da DM	16
6. Factores predisponentes.....	17
6.1 Neuropatia Diabética (ND).....	17
7. A assistência de enfermagem na perspectiva da educação em saúde.....	20
8. Abordagem da Teoria do Deficit de Autocuidado de Orem	24
9. Importância da educação em pessoas com diabetes.....	27
10. A parceria da família na educação da pessoa diabética	31
11. Cuidados de enfermagem na prevenção das complicações nos pés das pessoas diabéticas.....	35
12. A preparação da alta hospitalar da pessoa com DM	38
13. Considerações finais.....	41
14. Referências Bibliográficas.....	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Fonte: Phipps, Sands e Marek, Enfermagem Médico-Cirúrgico – conceitos e práticas clínicas, (2003:1307).....	14
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....	6
Figura 2 Fonte: Duarte R., Diabetologia Clínica. Capítulo 29	10

LISTA DE ABREVIATURAS

ADA – Associação Americana de Diabetes

APDP – Associação Protectora dos Diabetes de Portugal

DM – Diabetes Mellitus

DM I – Diabetes Mellitus I

DM II – Diabetes Mellitus II

DMG – Diabetes Mellitus Gestacional

EBSCO host – Research DataBases

FID – Federação Internacional de Diabetes

HBS – Hospital Baptista de Sousa

ND – Neuropatia Diabética

OMS – Organização Mundial de Saúde

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

1. INTRODUÇÃO

A escolha dessa temática levou-nos a reflectir sobre a enfermagem na assistência do ser humano. A enfermagem tem o compromisso de atender as pessoas nas suas necessidades básicas e torna-lo independente, recorrendo as acções educativas que visem o seu autocuidado. Por considerarmos que a prática da enfermagem está na essência do cuidar, optamos pela escolha da teoria de Orem, porque trabalhamos com uma população diabética na qual o processo de autocuidado é fundamental para o equilíbrio.

Nas últimas décadas as actividades educativas do enfermeiro vêm ganhando espaço na saúde para a promoção e manutenção da saúde. Com o desenvolvimento industrial as doenças crónicas tende vindo a destacar-se, acarretando grandes custos à família e para a Saúde Pública, entre essas doenças destaca-se a diabetes mellitus (DM), pela alta taxa de morbimortalidade e de prevalência.

A diabetes mellitus enquadra-se no grupo de doenças crónicas e metabólicas que se caracterizam por hiperglicemia resultante da falta de secreção de insulina, da acção de insulina ou ambas (Phipps, Sands e Marek 2003).

Segundo os autores Vilar, et.al. (2001), o DM é uma doença da actualidade constituindo-se um dos mais sérios problemas de saúde, tanto em termos de números de pessoas afectadas, incapacitações, mortalidade prematura, como em custos envolvidos no seu controlo e no tratamento das suas complicações. Além disso, a prevalência mundial da doença tem tido um crescimento com proporções epidémicas.

A Federação Internacional da Diabetes (FID), fez uma estimativa de 285 milhões de diabéticos em todo mundo no ano de 2010 e as previsões apontam para que, num período de 20 anos, este número ultrapasse os 400 milhões, encontrando-se 2/3 destes em países de médio ou baixo desenvolvimento. Loiola (2002 cit. in Da Silva, 2009), alega que esse número de diabéticos tem vindo a aumentar devido a alta taxa de sobrevida, que é favorecida pelos melhores cuidados, mudança de estilo de vida,

favorecendo os factores de risco para eles, assim como pelo aumento da esperança de vida das pessoas de maior risco.

Para Curcio, Lima e Torres (2009 cit. por Costa 2010), o número de DM tipo II, está crescendo e consequentemente uma série de complicações crónicas oriundas da vascularização periférica insuficiente: lesões no pé, a nefropatia, a cegueira. Todas elas comprometem a produtividade, a qualidade vida e a sobrevida dos indivíduos acometidos pela doença.

A possibilidade do surgimento de tais complicações é um facto preocupante, principalmente nas pessoas cujo comportamento de autocuidado não é incorporado na vida diária. As lesões no pé representam uma das mais incapacitantes complicações crónicas advindas de um deficiente controlo da doença, com grande impacto social e económico (Xavier, et al., 2009, cit. in Costa, 2010).

Portanto, devemos intensificar a atenção básica e a educação das pessoas para a prevenção das complicações e promoção do autocuidado (Cordeiro, Soares e Figueiredo 2010).

Neste sentido, a equipa de saúde tem papel fundamental no processo de educação e prevenção, especificamente na prevenção de complicações dos pé sem relação as pessoas com diabetes, considerando a continuidade dos cuidados, evitar reinternamentos (Bortoletto, Haddad e Karino, 2009), e da nossa perspectiva pensamos que será igualmente importante evitar as sequelas e consequentemente melhorar a qualidade de vida.

Segundo os autores anteriormente citados deve-se fazer uma exame criterioso dos pés baseando-se nas características individuais identificadas e, juntamente com a pessoa, planear acções que sejam eficazes e acessíveis a cada um. Faeda, Martins e Cassandra (2006), acreditam que as acções educativas, junto à pessoa, à família e à comunidade, são essenciais no controlo dessa enfermidade, uma vez que as complicações estão estreitamente ligadas ao conhecimento para o autocuidado e ao estilo de vida saudável.

A educação na perspectiva de Saúde foi identificada pelos enfermeiros como uma ferramenta importante no dia-a-dia da enfermagem (Oliveira 2010). De acordo com Silva e Cols (2003 cit. in Oliveira, *ibid*), actualmente, vários estudos apontam a sua importância nas actividades da enfermagem, uma vez que articulam várias dimensões do cuidado.

O enfermeiro sem perceber, está constantemente exercendo a função de educador em todas as suas actividades, ou seja a educação é extremamente importante na enfermagem, cabendo a ele o planeamento da assistência da educação, de modo que sempre haja necessidade de inovações e criatividade para que esta educação seja construída com efectividade, acabando por direccionar aos aspectos mais importante da vida do indivíduo (Comiotto e Martins, 2006).

Para George et.al., (2005cit in Silva Oliveira, 2010) o DM é um problema de saúde pública com elevado custo social e económico, e ainda o diagnóstico é desconhecido em metade dos indivíduos portadores.

Como o DM é uma doença que necessita de mudanças que duram para toda a vida, uma acção educativa é de relevante importância para instruir e conscientizar o portador de diabetes da necessidade de conhecer a sua doença como parte integral do cuidado (Gil, Haddad e Guariente, 2008 cit. in Costa *ibid*). Ainda referindo Costa (*ibid*), os profissionais da área de saúde devem estar atentos para a qualidade dessas acções educativas, pois apenas a transmissão de informações não é suficiente, sendo fundamental o desenvolvimento de intervenções assertivas com o propósito de mudanças de comportamentos e hábitos bem como estilos de vida.

Existem muitas estratégias preventivas disponíveis com comprovado impacto na redução das complicações do DM bem como as suas consequências económicas. Verifica-se portanto, a importância de implementação de medidas preventivas e acompanhamento familiar por parte do enfermeiro. Diante deste facto, lança-se um olhar ao enfermeiro sobre o autocuidado e a necessidade de manter a diabetes sob controlo evitando futuras complicações (Toscano 2006 cit. in Oliveira, *ibid*).

1.1 Justificativa

O presente trabalho se justifica pela importância de se entender alguns aspectos do quotidiano de uma pessoa com diabetes, e então orienta-lo nas suas dificuldades relativamente ao tratamento, para melhor qualidade de vida. E de difusão de medidas preventivas, para que sejam alcançados resultados significativos na redução de incidência de lesões nos pés e suas complicações e diminuir a quantidade de internamentos/reinternamentos hospitalares prolongados que acarretam um elevado custo para o Sistema de Saúde de Cabo Verde

Segundo a estatística do Hospital Baptista de Sousa (HBS, 2013), a taxa de internamento referente aos anos descritos vem tendo um aumento significativo em relação ao sexo masculino com maior incidência no ano de 2012 (ver gráfico em anexo).

O motivo que conduziu-nos à escolha do tema foi a nossa vivência profissional, onde pode-se perceber que a maneira como o enfermeiro aborda a pessoa com diabetes pode ser aperfeiçoada, oferecendo informações pertinentes a todas as pessoas envolvidas, contribuindo de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida.

1.2 Objectivos

O objectivo geral deste trabalho é identificar intervenções e actividades eficazes que permitem à pessoa com diabetes assumir o seu autocuidado.

E como objectivos específicos pretende-se: identificar estratégias e acções que permitem detectar, precocemente, pessoas em condições de risco; realizar actividades educativas que contribuam para a melhoria do autocuidado; aprimorar o conhecimento.

Pergunta de partida: Na perspectiva da educação para a saúde à pessoa diabética e com as mudanças que ocorrem na vida das mesmas, o presente trabalho será

orientado pela seguinte questão: Quais as actividades a serem desenvolvidas na preparação da alta hospitalar da pessoa diabética?

1.3 Metodologia

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa bibliográfica. Trata-se de uma revisão da literatura sobre a Promoção do Autocuidado da Pessoa com Diabetes Mellitus: da Hospitalização ao Domicílio.

Para a execução do objectivo de estudo foram seleccionados artigos publicados em português. Em relação ao procedimento para a colecta de dados, foram seleccionados livros científicos, revistas e artigos científicos e sistematizados na internet, utilizando os seguintes bases de dados: Google Académico, Scielo (Scientific Electronic Library) e Ebscohost (Research Data Bases), onde foram seleccionados 90 revistas e artigos, utilizados 48 para o desenvolvimento do presente estudo. Após a colecta de dados, fez-se a leitura on-line dos resumos, para a familiarização com o material. Em seguida, os artigos seleccionados foram impressos, lidos atentamente e analisados, tendo como descritores a diabetes mellitus, educação em saúde, intervenções de enfermagem e alta hospitalar.

Esta revisão está estruturada em títulos e subtítulos, relatam sobre a DM: introdução, enquadramento, etiologia da DM: classificação, tratamento: insulino-terapia, alimentação, actividade física; impacto socioeconómico; complicações da DM; factores predisponentes: neuropatia diabética; assistência de enfermagem na educação; abordagem da teoria de deficit do autocuidado de Orem; importância da educação em pessoas com diabetes; parceria da família em educação na perspectiva da saúde; cuidados de enfermagem na prevenção das complicações nos pés da pessoa com diabetes; a preparação da alta hospitalar; considerações finais; bibliografia e anexos.

2. EPIDEMIOLOGIA

A Federação Internacional da Diabetes (FID) prevê que em 2030 a diabetes afete um em cada dez adultos.

Em termos mundiais, 135 milhões apresentavam a doença em 1995, 240 milhões em 2005, havendo possibilidades de atingir 366 milhões em 2030, sendo que dois terços habitarão países em desenvolvimento, segundo o mapa da figura nº1.

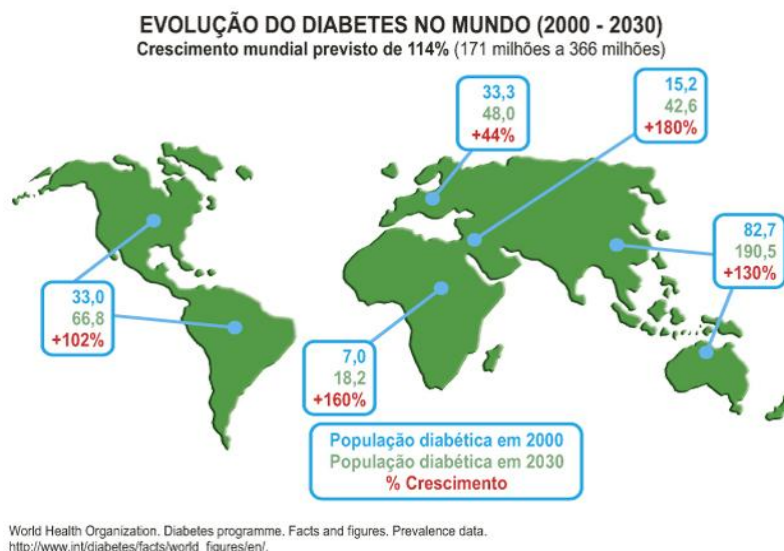


Figura 1

A Federação Internacional da Diabetes prevê que o número de casos aumente cerca de 90% em África, onde as doenças contagiosas são a principal causa de morte. Sem incluir o impacto do aumento da obesidade, os números são considerados conservadores.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em todo o mundo existem 346 milhões de pessoas com diabetes e cerca de 80 por cento das mortes derivadas da doença acontecem em países desenvolvidos.

Nesse intento, como sublinham Phipps, Sands e Marek (*ibid*) a prevalência de indivíduos diagnosticados é ligeiramente superior no sexo feminino, verificando-se, também, um aumento significativo com a idade.

3. ETIOLOGIA DA DM

“O DM é um distúrbio metabólica caracterizado pela intolerância à glicose” (Black e Matassarín – Jacobs, 1996:1712). Torres, Fernandes e Cruz, 2007 e Hashimoto e Haddad, (2009 cit. in Costa 2010) complementa esta definição afirmando que esta intolerância pode ser completa ou parcial resultando numa deficiência da insulina pelo pâncreas e ou diminuição de sua acção nos tecidos prejudicando o metabolismo dos lípidos, glícidos, proteínas, água, vitaminas e minerais, provocando danos em muitos sistemas orgânicos.

A OMS, relata que mais da metade das pessoas com diabetes não tem conhecimento da sua doença, a razão pela qual o diagnóstico frequentemente é feito tardiamente, aumentando as chances de complicações.

De acordo com Bilous (1999), existem várias razões que fazem com que a secreção de insulina seja reduzida, e qualquer pessoa pode ser afectada por uma ou mais dessas razões: genes, infecção, meio ambiente, diabetes secundária e stress.

No dizer da Associação Protectora de Diabetes de Portugal (APDP, 2009), quem está em risco de se tornar diabéticos são as pessoas que têm familiares próximos com diabetes, os obesos, quem tem tensão alta ou níveis elevados de colesterol no sangue, as mulheres que tiveram diabetes na gravidez, ou filhos com peso a nascença igual ou superior a 4 kg, pessoas com doenças do pâncreas ou endócrinas e os que tem uma vida sedentário.

Black e Matassarín – Jacobs (*ibid*), referem quatro sinais cardinais do diabético: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso.

3.1 Classificação da DM

A nova classificação, proposta pela Associação Americana de Diabetes (ADA, 2000) baseia-se na etiologia e não na sua forma de tratamento (tabela em anexo): DM tipo I, DM tipo II, outros tipos específicos e DM Gestacional (DMG).

A DM tipo I caracteriza-se por uma deficiência de insulina absoluta, em que o pâncreas produz muito pouca ou nenhuma insulina (Phipps, Sands, Marek, 2003). Segundo Duarte (2002), é um estado perpétuo com a qual a pessoa tem de se adaptar, que de início é traumatizante mas corrigível.

A diabetes tipo I, também conhecida como diabetes insulino dependente, é mais rara e atinge, na maioria das vezes, crianças ou jovens mas pode também aparecer em adultos, e até em idosos. Estes diabéticos necessitam de terapia com insulina para toda a vida porque o pâncreas deixa de a poder fabricar APDP (2009:6).

De acordo com os estudos de Vilar et al. (2001), essa forma de DM I é mais comum nas pessoas negras e asiáticas, e têm como característica marcante a cetoacidose e requer obrigatoriamente a insulina como tratamento.

Ainda Phipps, Sands e Marek (2003), refere que a DM tipo II é caracterizado por uma deficiência de insulina relativa, o pâncreas produz quantidades normais ou excessivas de insulina, a ineficácia da sua utilização está no organismo, que não é capaz de a metabolizar adequadamente, pelo que os níveis de glucose permanecem elevados. Também é designado por insulino-resistência.

As manifestações mais frequentes com o aumento da glicemia são poliúria, nictúria, polidipsia, boca seca, polifagia, emagrecimento rápido, fadiga, fraqueza, tonturas, etc. Caso os índices glicêmicos não forem bem controlados, a pessoa pode evoluir para uma cetoacidose diabética e coma hiperosmolar (Gil, Haddad e Guariente, 2008 cit. in Costa 2010). Ainda informam que além das complicações agudas, a longo prazo pode aparecer as complicações crônicas, que incluem: nefropatia como possíveis evoluções para insuficiência renal; a retinopatia com a possibilidade de cegueira e neuropatia com o risco de aparecimento de úlceras nos pés, que podem implicar em

amputação de dedos dos pés ou pernas. São as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade das pessoas portadoras da diabetes.

De acordo com as pesquisas feitas por Phipps, Sands e Marek (2003), a DM tipo II é mais comum nas pessoas de origem americana e hispânica, afro-americana e idosa. Já Lavery, Baranoski Ayello (2006), complementam que é uma doença da população adulta e que a incidência aumentou 48% nos últimos 10 anos, com um aumento de 70% em pessoas na faixa etária dos 30 anos.

Duarte (*ibid*), conceitua a DMG como toda e qualquer intolerância aos hidratos de carbono, diagnosticada pela primeira vez, durante a gravidez, independentemente se precisa ou não de insolinoterapia, da sua persistência ou não após o parto ou de suspeita prévia mas não diagnosticada. Ainda o autor refere que este tipo de diabetes surge em grávidas que antes da gravidez não tinham sido diagnosticadas intolerância a glicose, habitualmente desaparece após o parto. A severidade é variável, podendo ir desde o mais simples que é tratada com dieta ao mais complexo que necessita de insulina. Contudo, quase metades destas grávidas poderão ser diabéticas se não prevenirem (APDP 2009).

Do mesmo modo Duarte (*ibid*), afirma que a necessidade de um diagnóstico precoce é evidente e estas mulheres devem ter um acompanhamento correcto, durante a gestação e pós parto. Ainda o mesmo autor refere que se manifesta, principalmente na segunda metade da gestação, frequentemente já no 3º trimestre.

3.2 Tratamento

Ainda não há cura para a diabetes, consequentemente, a única meta que a pessoa com diabetes tem que percorrer é o autocuidado baseado no controlo ou regulação da glicose sanguínea, e não a cura. Ao fazer um bom controlo, está-se a contribuir para evitar as complicações provenientes da doença e assim sofrer o mínimo de perturbação no estilo normal de vida. O controlo da diabetes depende da interacção apropriada de três factores: alimentação, insulina ou medicação oral para diminuir a glicose sanguínea e exercícios (Black e Matassarini – Jacobs, 1996).

Neste sentido, Silva Oliveira e Rozendo De Oliveira (2010), foca no desempenho do enfermeiro como educador da pessoa diabética transmitindo informações sobre o uso, os efeitos colaterais, adversos e interações dos medicamentos com outros agentes terapêuticos e estimulando-o a aderir com êxito ao tratamento, fazendo exercícios físicos e autocuidado.

O tratamento da diabetes deve ser uma intervenção planeada e individualizada, de acordo com a idade da pessoa, estilo de vida, necessidades nutricionais, maturação, nível de escolaridade, ocupação e capacidade de realizar de forma independente as habilidades necessárias ao plano de tratamento (Black e Matassarin – Jacobs, 1996).

Segundo Phipps, Sands e Marek (2003), o tratamento da DM tipo I compreende uma tríade: insulina, dieta e exercício físico.

Já, segundo Vilar et al. (2002), o tratamento da DM tipo II consiste na toma de medicação oral, associada a mudanças no estilo de vida (exercícios, perder peso, parar de fumar, etc.). Quando a hiperglicemia ou sintomas não puderam ser controlados pelo uso combinado de drogas orais, a insulino terapia torna-se necessário. Entretanto Duarte (*ibid*), realça que a terapia da DM II assenta em: educação, regime alimentar, exercício, medicação oral e ou insulina e medicação eventual dirigida as doenças tardias. Ainda o autor refere que de facto, só a educação permite interligação dos elementos da tríade terapêutica.

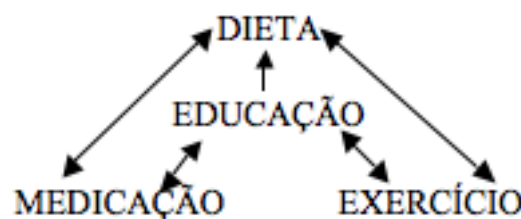


Figura 2 Fonte: Duarte R., Diabetologia Clínica. Capítulo 29

A base do tratamento da diabetes tipo II é os comprimidos (combinações de drogas): 1. sulfonilureias, 2. Biguanidas, 3. Acarbose e 4. Tiazolidinedionas (Bilous 1999). Vilar et al. (2002) acrescenta que as sulfonilureias a biguanida e metformina actualmente ainda representam as drogas mais empregas no manuseio do DM tipo II.

A medida que novos estudos têm vindo a ser realizados, verifica-se a introdução cada vez mais de medicamentos inovadores no mercado, com a finalidade de proporcionar ao doente diabético uma boa qualidade e uma esperança média de vida igual a dos não diabéticos mas, nunca esquecendo que a atitude terapêutica mais eficaz continua a ser a implementação dos hábitos de vida saudáveis, que já demonstraram ser eficazes na prevenção deste flagelo (ADDP 2009).

3.2.1 Insulinoterapia

Sousa e Zanetti, (2000 cit. in Silva Oliveira e Rozeno de Oliveira 2010: 45) definem a insulina como sendo: “Um hormônio de eficiente acção frente às incapacidades do pâncreas e é necessária para reverter o estado catabólico, prevenir a cetoacidose, reduzir o excesso de glucagon e da glicose sanguínea.”

De acordo com Duarte (2002), existe diferentes tipos de insulina e são distinguidos quanto ao seu espectro de acção de um modo geral. As insulinas dividem-se quanto ao seu modo de acção, de acordo com a sua duração em: insulinas de acção rápida, insulinas de acção intermédia e insulinas de acção lenta ou longas.

Na perspectiva de Phipps, Sands e Marek (2003), para uma administração segura da insulina, a pessoa deve ter conhecimento suficiente para saber como aspirar a insulina para a seringa, misturar duas insulinas (se for o caso), escolher e preparar o local da injeção, utilizar locais de injeção consistentes, alternar os locais da injeção e injectar a insulina.

Ao escolher o local onde vai ser aplicado a injeção, deve ter em conta dois princípios: a consistência e a alternância. A utilização consistente de locais é importante porque absorção da insulina varia drasticamente em função do local anatómico. A

alternância das injeções entre os locais anatómicos, já referidos, ajuda a prevenir o desenvolvimento da lipodistrofia (Phipps, Sands e Marek, *ibid*).

Koch (2002 cit. in Silva Oliveira e Rozeno de Oliveira, *ibid*), recomenda-se um ângulo de 90° para aplicar a injeção e uma prega subcutânea (nos locais de aplicação) antes da introdução da agulha para evitar a aplicação intramuscular, e desfazê-lo antes da agulha ser retirada.

De acordo com Grossi e Pascali (2009), após a administração da insulina deve-se manter por alguns segundos a agulha no subcutâneo a fim de evitar a saída da insulina; a aspiração antes de injectar a insulina é desnecessária.

Os locais para injeções devem ser de fácil acesso (coxa, antebraço, abdómen e parte inferior das costas), relativamente insensíveis a dor (evitando a linha média do corpo, onde existem numerosas terminações nervosas) e normais em aspecto e toque. Portanto a absorção e a duração da insulina variam segundo o local anatómico. A aplicação no abdómen é absorvida mais rapidamente, e, como consequência, a duração é mais curta. Já a área do braço, perna ou nádega, diminui-se progressivamente a absorção e aumenta a duração (Black e Matassarini-Jacobs, 1996).

3.2.2 Alimentação das Pessoas com Diabetes

Considera-se o tratamento nutricional, a pedra angular para manter os níveis glicémicos dentro dos limites desejáveis, em todos os tipos de DM (Phipps, Sands e Marek, 2003). Bilous (1999), acrescenta que tratar a diabetes com a dieta significa seguir um plano alimentar saudável e orientado de acordo com o estilo de vida e o nível sócio- económico da pessoa, sem impor dietas rigorosas, difíceis ou restritivas.

A educação alimentar é fundamental para o tratamento da diabetes. O profissional de saúde deve por isso dar a máxima importância a educação em todas as pessoas com diabetes, quer tomem ou não antidiabéticos orais, ou insulina (APDP 2009). Neste sentido Garay-Sevilla e colaboradores (1995 cit. in Revista Referência 2006), observaram que o número de anos após o diagnóstico da diabetes é o maior

determinante da adesão à dieta, porque após anos a viver com a doença, reduz as atitudes de negação e passam a aceitar o tratamento.

Para Phipps, Sands e Marek (2003), os problemas alimentares nunca são simples. Convém não aplicar dietas restritivas, tentar saber se a pessoa entendeu todas as informações desmistificando todos os conceitos errados que tem da doença, para determinar o sucesso do tratamento. De acordo com APDP (2009), na aprendizagem é importante o envolvimento da família e amigos, acerca da escolha dos alimentos e culinária saudável. Ter diabetes não significa deixar de comer, mas deverá seguir umas quantas regras sensatas, especialmente se estiver a tomar comprimidos ou insulina, evitando o álcool porque pode causar hipoglicemia (Bilous 1999).

3.2.2 Actividade Física

De acordo com a APDP (2009), o exercício físico deverá fazer parte do dia-a-dia tendo tanta importância como tomar correctamente os medicamentos e fazer uma alimentação adequada. Pois cuidar do nosso corpo significa uma imensa tarefa (Boff, 2009).

Na perspectiva de Phipps, Sands e Marek (2003: 1306), “o exercício físico é um excelente sintetizante da insulina, pois aumenta a absorção da glucose pelos músculos”, várias experiências clínicas, têm demonstrado que o exercício físico é da maior importância na diminuição da resistência à insulina e na perda de peso.

Antes de iniciar qualquer tipo de exercício físico, a pessoa diabética deve fazer um exame físico completo, com recolha de antecedentes, especial atenção ao sistema cardiovascular e a existência de eventuais complicações a longo prazo, assim ponderar os benefícios e os riscos (Phipps, Sands e Marek, *ibid*). O exercício físico a escolher deverá ser a aeróbica ou seja, os exercícios devem implicar movimento que se prolongue mais de 20 minutos, e, repetido pelo menos 3 vezes por semana. A sua intensidade depende da capacidade de cada um Duarte (*ibid*).

Duarte (*ibid*), afirma que os riscos dependem do tipo, frequência e intensidade do exercício e da terapêutica (insulina ou outra), estado de saúde e idade da pessoa diabética, sendo contra-indicado em períodos de hiperglicemia e cetose.

Benefício do exercício físico para a pessoa com diabetes	Risco do exercício físico para pessoas com diabetes
<ul style="list-style-type: none"> - Diminui a resistência à insulina - Baixa o nível da glicemia, durante e depois do exercício físico - Melhora o perfil lipídico - Pode melhorar a hipertensão - Aumenta o consumo de energia - Ajuda a perder peso - Preserva a massa muscular - Promove a boa condição cardiovascular - Aumenta a força e a flexibilidade - Melhora a sensação de bem – estar 	<ul style="list-style-type: none"> - Precipitação ou exacerbação de doença cardiovascular, angina, disritmias, morte súbita - Hipoglicemia, se tomar insulina ou agentes orais - Hipoglicemia relacionada com exercício físico - Hipoglicemia com início tardio posterior ao exercício físico - Hiperglicemia após exercício físico extenuante - Agravamento de complicações tardias - Retinopatia proliferativa - Neuropatia periférica - Neuropatia autonómica

Quadro 1Fonte: Phipps, Sands e Marek, *Enfermagem Médico-Cirúrgico – conceitos e práticas clínicas*, (2003:1307)

4. IMPACTO SOCIO-ECONÓMICO DA DM EM RELAÇÃO AS LESÕES

Na opinião dos autores Coelho, Silva e Pandilha (2009 cit. in Costa, 2010), o impacto socio-económico que as lesões nos pés acarretam é muito dispendioso porque inclui despesas como tratamento, longos períodos de internamento e reinternamentos, incapacidades físicas, sociais ou motoras levando a baixa produtividade ou inactividade.

Entretanto os autores acima citados ainda referem que os mesmos interferem também na vida pessoal, degradando a auto-imagem, o relacionamento na família e sociedade, pois ficam limitados, tendo como consequência o isolamento e a depressão.

Nesta linha de pensamento os autores Maia e Silva (*ibid*, 2005), salientam a importância da aproximação da família para uma assistência adequada à saúde porque a família é um dos pilares, que sob o aspecto afectivo-social e físico constitui uma das mais poderosas forças exercendo promoção, protecção e restauração da saúde da pessoa.

Ainda os autores anteriormente citados, referem que o impacto económico dos internamentos hospitalares prolongados ressalta a necessidade de mudanças na problemática das lesões nos pés, com o objectivo de difundir medidas preventivas que baseiam na diminuição de factores de risco tendo a educação como a chave-mestre na redução destas lesões.

Barbui e Cocco (2002), dizem que o enfermeiro exerce um papel fundamental na realização de programas e actividades educativas de saúde junto a pessoa com diabetes, seus familiares e a comunidade. Entretanto os mesmos autores alegam que para facilitar a compreensão das informações, o enfermeiro deve ter em conta o grau de escolaridade da pessoa, pois, só assim terá um planeamento e actuação coerente.

5. COMPLICAÇÕES DA DM

Antes da descoberta da insulina, as complicações em pessoas com diabetes tinham pouco significado porque a expectativa de vida era curta. Actualmente, a esperança de vida é muito maior, mas infelizmente as complicações a longo prazo são inevitáveis, produzindo a longo prazo morbidades significativas. (Black e Matassarini-Jacobs, 1996).

Deste modo, parafraseando Phipps, Sands e Marek (*ibid*), as complicações da diabetes mellitus são classificadas como agudas ou crónicas, sendo as agudas a hipoglicemia, cetoacidose diabética e coma hiperglicémico hiposmolar não – cetónico e as crónicas classificam-se em microvasculares (pequenos vasos sanguíneos) e macrovasculares (grandes vasos sanguíneos). Ainda os mesmos referem que dessas complicações crónicas, a mais comum é a neuropatia diabética que geralmente desenvolve-se em úlceras ou lesões nos pés.

Hirota, Haddad e Guariente (2008), referem a essas complicações do pé, como sendo um conjunto de alterações ocorridas no pé da pessoa diabética, decorrentes de neuropatias, micro/macrovasculopatias e aumento da susceptibilidade a infecção, que levam a deformidades.

A neuropatia torna a pessoa vulnerável a pequenos traumas, provocados pelo uso de sapatos inadequados, hábito de caminhar descalço, conseqüentemente aumentando as chances da ocorrência de feridas e ulcerações. Essas lesões muitas vezes podem evoluir para casos de amputação, quando não é instituído o tratamento precoce e adequado (Martins et al; 2007 cit. in Costa *ibid*).

6. FACTORES PREDISPONENTES

É de extrema importância que a equipa de saúde reconheça um pé de risco, para que se previna uma amputação futura. A presença de neuropatia e/ou doença arterial periférica predispõe os pés das pessoas diabéticas a ulcerações, mesmo por traumas mínimos (Cordeiro, Soares e Figueiredo, 2010).

Pereira (2004), caracteriza os factores que predispõe o pé da pessoa diabética em:

- Factores predisponentes: Diabetes, hiperglicemia, hiperinsulinemia, Vasculopatia diabética, Neuropatia diabética
- Factores precipitantes: Traumatismos químicos (calicidas, pomadas, desinfetantes); Físicos – calor/frio; Mecânico – marcha, calçado
- Factores agravantes: Infecção
- Factores adjuvantes: Outras complicações da diabetes – retinopatia, nefropatia; Situações concomitantes – envelhecimento, hipertensão, dislipidemia, obesidade, estilo de vida, alimentação, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, condições socioeconómicas, Organização do Sistema de Saúde

6.1 Neuropatia Diabética (ND)

Baranoski e Ayello (2006), afirmam que de entre essas complicações destaca-se a neuropatia como o factor de risco de maior relevo para as lesões das extremidades inferiores. De acordo com os seguintes autores Cordeiro, Soares e Figueiredo (2010: 18), ND é definida como “a presença de sintomas de e/ou sinais de disfunção dos nervos periféricos em pessoas com diabetes, após a exclusão de outras causas”.

A ND aparece geralmente, 5 anos após o diagnóstico da diabetes tipo I, estando já presente na altura do diagnóstico da diabetes tipo II, em 8% dos casos, atingindo os 40% a 50% ao fim de 20 anos (Pereira, *ibid*).

Do ponto de vista de Duarte (*ibid*), o seu aparecimento é insidioso e pouco sentido, e quando começa as manifestações, as queixas são intensas: parestesias

definidas como picos, formigueiros, dormência, sensação de queimadura da sola dos pés, por vezes dores intensas na pele dos pés e pernas desencadeadas pelo contacto mesmo ligeiro.

A pessoa com diabetes pode apresentar várias formas de neuropatia, contudo, na patogénese das lesões do pé, apenas interfere a polineuropatia simétrica, sensitivo/motora e autonómica (Pereira, *ibid*). De acordo com Cordeiro, Soares e Figueiredo (*ibid*), a neuropatia motora caracteriza-se por alterações da arquitectura do pé, deslocando os sítios de pressão plantar, e por alterações de colagénio, queratina e coxim adiposo, danificando assim as fibras motoras e consequentemente fraqueza muscular e posteriormente a atrofia de musculatura intrínseca do pé. Ainda os mesmos autores alegam que a neuropatia sensorial é a mais comum, na qual se observa perda de sensação protectora de pressão, calor e tacto, de modo que ao menor trauma e repetitivo, não é percebido pela pessoa, e essa perda de sensibilidade é o factor mais importante da neuropatia periférica.

Baranoski e Ayello (*ibid*), realcem que a neuropatia autonómica causa o desvio de sangue e perda de capacidade de transpiração e função da glândula sudorípara, que leva ao aparecimento de uma pele seca, escamosa, que pode facilmente desenvolver fendas e fissuras.

Os autores acima citados concluem que o efeito combinado destas neuropatias é um pé que não responde à dor, com insuficiência biomecânica grave e pele desnutrida e desidratada.

Uma das consequências ND mais temida até hoje continua a ser a amputação de um membro e, é uma das principais causas de internamento dos diabéticos (Duarte *ibid*). Em relação as amputações antecedidas por úlceras, quase sempre se originam de lesões cutâneas que muitas vezes são causadas por pequenos traumas e não são sentidas pela pessoa devido a insensibilidade presente no pé, levando em conta que os traumas pequenos mais comuns são manipulações incorrectas dos pés e dermatoses, além do deficit no autocuidado, já que é bastante comum a falta de conhecimento sobre a doença (Almeida, et al. 2008 cit. in Costa *ibid*).

É uma situação extrema e necessária quando a pessoa apresenta infecção ou gangrena extensa, sendo muitas vezes o único recurso para salvar a vida dessas pessoas, já que a gangrena poderá levá-los a óbito. Uma amputação não deve ser tão precoce que anule a possibilidade de recuperação de uma extremidade, nem pode ser tardia, pois quando a toxemia já está instalada aumenta o risco de morte após a cirurgia (Hirota, Haddad e Guariente, *ibid*).

Na visão de Ocho- Vigo e Pace (2005), três anos após amputação, a percentagem de sobrevida da pessoa é de 50%, enquanto, no prazo de cinco anos, a taxa de mortalidade permanece de 39% a 68%.

Como afirma Laurindo et. al. (2005), as pessoas fumantes têm maiores chances de sofrerem consequências negativas aos membros inferiores, como amputação 4,6 vezes mais em relação aos não fumantes.

Apesar dos avanços obtidos na assistência básica á saúde, as amputações ainda são muito frequentes nas pessoas diabéticas. Alguns estudos demonstram que esta situação poderia ser adequadamente reduzida se fosse feito uma boa abordagem preventiva e uma assistência integral à saúde em todos os níveis de complexidade do sistema de assistência (Vieira – Santos et. al., 2005).

7. A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Todas as pessoas nascem predisposta para cuidar ou tomar conta da vida, o cuidado existe desde os primórdios, porque é preciso tomar conta da vida para mante-la viva e com esperança, “Os cuidados surgiram face a necessidade de manter, de desenvolver a vida e de lutar contra a morte” (Collière, 2003:27).

O processo de cuidados é parte essencial e também a mais complexa da prática profissional. Procede de uma arte subtil, obra única de criação, que a torna irredutível aos saberes instituídos, as “receitas” e a qualquer tipo de classificação. Cuidar de uma pessoa respeitando a particularidade da sua existência não é, pois, nem uma teoria, nem uma ciência. É sim, uma representação multidisciplinar da pratica de cuidados baseada na experiencia e no questionamento e orientando para a acção reflectida, repensada sempre que se apresenta uma nova situação humana (Hesbeen, 2003:79).

A prática de enfermagem é por natureza cuidar do outro promovendo e restaurando o bem-estar físico, psíquico e social empenhando esforços para ajudar o outro a obter o autoconhecimento, e assim adquirir a autonomia no ponto de vista do estar saudável (Souza et. al., 2005). Por esta razão Boff (1999), descreve o cuidado como sendo desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e bom trato, implicando colocar-se no lugar do outro, quer na dimensão pessoal como social.

Ainda na perspectiva de Honoré (2004), o cuidar é ocupar-se de alguém como um todo tendo em conta as suas necessidades, desejos e projectos em que os profissionais devem demonstrar respeito, compreensão e disponibilidade perante alguém que precisa dos seus cuidados. Por conseguinte Watson (2002), complementa o referido autor ao escrever que o cuidado não é apenas uma emoção, atitude ou um desejo é muito mais abrangente, integrando no ideal e na moral da enfermagem com o objectivo de proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, envolvendo valores, vontade e compromisso, ajudando o outro a encontrar respostas em relação a doença e a dor.

Na opinião dos autores Souza et. al. (2005: 266):

O acto de cuidar desvela o existencial, de onde derivam sentimentos atitudes e acções, como vontade, desejo, inclinações e impulsos, ou seja, o homem perante o mundo, os autores, e a si mesmos. Compreender o valor do cuidado de enfermagem requer uma concepção ética a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro, em sua complexidade, suas escolhas, inclusive a escolha de enfermagem como profissão.

Desse modo Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001 cit. in Rigon 2011), situam a prática de enfermagem como um trabalho complexo, que reúne três acções básicas que são o cuidado, a gerência e a educação para a saúde.

Continuando com a mesma autora citando Dilly e Jesus (1995), acrescenta que a enfermagem não pode desenvolver as suas funções sem realizar actividades educativas aos clientes e os seus familiares, com o objectivo de proteger, melhorar e preservar a humanidade.

Portanto as acções educativas da enfermagem visam conduzir o paciente a tomar consciência da sua doença e adaptar-se no sentido de evitar ou prevenir complicações, fornecendo as informações adequadas à doença e a sua realidade tendo em vista a promoção em saúde. Mas para que o enfermeiro possa ser um educador precisa ampliar os seus conhecimentos científicos, ser flexível e habilidoso na sua abordagem com o cliente e os familiares e ainda saber reflectir sobre como, para quem e por quê executa as suas acções em educação (Sena, 2007).

Para Espinoza (2007 cit. In Rigon, ibid), as acções educativas são indissociáveis do cuidado quotidiano da enfermagem, pois o enfermeiro não necessita de um tempo específico para educar, é uma acção que deve decorrer no dia-a-dia das suas acções durante o cuidado.

A educação é um processo de desenvolvimento de habilidades intelectual, motoras e morais de qualquer pessoa com o objectivo de melhorar a sua integração e adaptação como pessoa e socialmente, realizando intervenções capazes de promover a manutenção, aquisição de conceitos e de atitudes. E quando usada no cuidado de enfermagem, tem por objectivo adquirir novas informações para a mudança de atitudes

ou comportamentos e assim criar ou mudar as percepções (Oliveira 2004 cit. in Sena 2007).

Neste contexto Souza, Wagner e Gorini (2007 cit. in Rigon, 2011: 25), referem que o papel do enfermeiro em relação ao cuidado permite-lhe:

Exercer as suas funções com criatividade e multiplicidade de alternativas, não generalizando suas acções para uma colectividade comum, mas mantendo as peculiaridades inerentes a cada ser "tornando o enfermeiro um dos grandes pilares em saúde.

Assim Silva (2009), estabelece a meta da educação em saúde como sendo uma forma de ensinar o paciente a viver a vida de maneira mais saudável possível, e esta educação deve ser vista como uma estratégia para diminuir os custos da atenção à saúde prevenindo doenças, evitando tratamentos dispendiosos, reduzindo o tempo de hospitalização e facilitando uma alta mais cedo.

Na opinião de Honoré (2002) e Hesbeen (2001), a saúde faz parte de cada um de nós, ela não deixa de existir quando se adoece, os profissionais necessitam de engenhos e múltiplos recursos para alcançar a saúde, permitindo a pessoa que está em sofrimento evoluir para um melhor bem-estar.

O ensino e a promoção da saúde são metas essenciais no cuidar da enfermagem para prevenir doenças evitáveis, encorajando as pessoas a alcançar o maior nível de bem-estar e assim terem uma vida saudável (Silva, 2009). Por tudo isto Quinhones et al. (s/data), afirma que a enfermagem possui o compromisso de assistir o ser humano no atendimento das suas necessidades básicas e ajuda-lo a ter autonomia e que sejam capazes de desenvolver comportamentos que conduzam a um óptimo autocuidado.

Segundo Orem (1980 cit. in Souza, 2008), o autocuidado é um conjunto de práticas que uma pessoa executa de acordo com as suas limitações para a manutenção de uma vida saudável em benefício do seu bem-estar.

Oliveira (2002 cit. in Menezes, Andrade e Silva, 2009), definem a educação das pessoas como sendo um conjunto de fornecimentos de informações com o objectivo de

os proporcionar habilidades e atitudes que favorecem um ambiente necessário para se conseguir o desejado sucesso no tratamento.

Segundo Rigon (2011), empoderar as pessoas com informações acerca do seu estado de saúde e como se cuidar, está-se dando-lhes autonomia para que façam escolhas conscientes, com o objectivo primordial de promover a saúde. Neste contexto, Neves e Cabral (2008 cit. in Rigon, *ibid*), consideram que estar empoderado significa ter liberdade para tomar as suas próprias decisões, providos de conhecimentos para isto, utilizando a reflexão sobre a realidade, contexto político-social, num caminho em direcção a uma consciência crítica.

Pois o enfermeiro é desafiado tanto a fornecer educação específica para a pessoa e a família como também focar nas necessidades educativas da sociedade (Silva, 2009).

8. ABORDAGEM DA TEORIA DO DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE OREM

Esta teoria foi desenvolvida por Dorothea Elizabeth Orem, uma das teóricas de enfermagem mais avançadas das Américas, nasceu em Baltimore, Maryland, em 1914 (Tomey e Alligood (2004)).

A Teoria de Orem foi desenvolvida entre 1959 a 1985, baseando no raciocínio de que as pessoas podem cuidar-se de si próprios mas quando não conseguem autocuidar-se, o enfermeiro oferece ajuda. É utilizada em reabilitação e cuidados primários, em que a pessoa deve ser encorajada a tornar o mais independente possível. (George, 2000 cit. in Souza, *ibid*).

Tomey e Alligood (2004: 213), conceituam o autocuidado como sendo:

A prática de actividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas inicia e desempenham dentro de espaços de tempo, em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal.

Orem (1995 cit. in Souza, 2008), no desenvolvimento da sua teoria, definiu os seguintes conceitos centrais que compõem o metaparadigma de enfermagem sobre, Pessoa, Saúde, Sociedade/Ambiente e Enfermagem assim narrados:

Pessoa é definido como “ ser humano enfatizando a unidade psicossomática, como um sistema aberto, tendo várias modalidades de funcionamento”, sendo que para Orem os seres humanos diferenciam dos outros seres pela forma de pensar sobre o meio ambiente descrevendo suas experiencias, dialogando e agindo em prole dos seus benefícios ou nos dos outros.

Para Souza (*ibid*), cada pessoa que está sendo submetida a cuidados de saúde é identificado pelo termo paciente, e os cuidados só pelos enfermeiros são denominadas pacientes de enfermagem.

Sociedade/Ambiente:

As características ambientais estão continuamente ou periodicamente interagindo com o homem, mulher e crianças em suas localidades; as condições ambientais podem afectar positivamente ou negativamente a vida, saúde e bem-estar do indivíduo, família e comunidade; sob condições de

guerra ou desastre natural as sociedades estão sujeitas à ruptura ou destruição (Orem, *ibid*, cit., in Souza, *ibid*:36).

Saúde:

A presença ou ausência de doença, mal, incapacidade ou desfiguração, a qualidade ou estado de saúde geral descrito como excelente, bom, moderado, pobre ou em termos de valores de séries de características seleccionadas que, juntas, definem o estado de saúde da pessoa; os eventos e circunstâncias do ciclo da vida que indicam mudanças vigentes e necessidades para cuidado de saúde (Orem, *ibid*, cit. in Souza, *ibidem*).

Enfermagem – Definiu assim o seguinte este conceito:

Uma arte através da qual a enfermeira fornece assistência especializada às pessoas com inabilidade, de igual modo que uma assistência comum é necessária para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, para que a pessoa participe inteligentemente dos cuidados prestados. A arte da enfermagem é praticada, fazendo pela pessoa com inabilidade, ajudando-a a fazer por si própria e/ou ajudando-a a aprender como fazer por si própria. A enfermagem também é praticada ajudando a pessoa da família do paciente ou amigo do paciente a aprender como fazer pelo paciente. Deste modo, cuidar do paciente é uma arte prática e didáctica (Souza, 2008:36).

A Teoria Geral de Orem é composta por três teorias: a Teoria do Autocuidado; a Teoria do Défice de Autocuidado; a Teoria de Sistemas de Enfermagem. Portanto encontram-se interligadas se inter relacionadas, tendo como foco principal o autocuidado, e sendo passíveis de aplicação a todas as pessoas que necessitam de cuidados, nesta óptica, o primeiro descreve e explica a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade, para manter a saúde e o bem-estar, o segundo constitui a essência da Teoria por delinear a necessidade da assistência de enfermagem e o último, descreve e explica como as pessoas são ajudadas por meio da Enfermagem (Tomey e Alligood, *ibid*).

Para Maia e Silva (2005:95-96), a prática de enfermagem deve incluir os fundamentos de uma teoria. Sendo a teoria de Orem conhecida, por (teoria de autocuidado) apresenta como conceito básico “a prática de actividades executadas pelo

próprio indivíduo em seu benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.”

A teoria de autocuidado focaliza na pessoa a importância de reconhecer os direitos de exercer o controle sobre si e sobre a sua assistência. Referenciando a educação para o autocuidado, o indivíduo deve participar das decisões tendo em consideração os seus valores, habilidades, motivações e nível de conhecimentos (Coelho e Silva, 2006).

Todas as pessoas desejam e podem exercer o autocuidado, logo que, é uma parte da vida necessária a saúde (Peixoto, 1996 cit. in Oliveira, *ibid*). Ainda a mesma autora ressalta que a assistência de enfermagem as pessoas diabéticas está pautada no autocuidado e encontra-se com mais habilitada para identificar as incapacidades decorrentes do estado de saúde da pessoa que o impede de cuidar-se de si e conseqüentemente onde actuar para obter adesão, consciencialização e responsabilidade em relação a doença.

9. IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM PESSOAS COM DIABETES

As doenças crónicas são hoje consideradas um dos maiores grupos que necessitam de educação para a saúde. Com o aumento da longevidade da população, aumenta também o número de pessoas portadoras dessas doenças, e somente a aquisição de informações sobre as suas condições de saúde, que conseguem participar activamente, assumindo responsabilidades para o autocuidado. Para ajudar essas pessoas a se adaptarem a doença, prevenir complicações, aderir a terapêutica e prevenir novas hospitalizações, é necessário criar e estabelecer metas em programas de educação em saúde (Smeltzer e Bare, 2002 cit. in Silva, *ibid*).

Menezes, Andrade e Silva (*ibid*), afirma que este processo educacional deve começar quando a pessoa recebe o diagnóstico, informando-o sobre o que é diabetes e como adaptar a situação de vida do ser diabético.

A educação em saúde deve ser disponibilizada para todas as pessoas diabetes e seus familiares, criando vínculo com os profissionais /serviço. A enfermagem tem um papel importante nessa prática de educação, orientando sobre o autocuidado e participando na prevenção e no controle da doença (Onofre et. al., 2009)

Para Silva Oliveira e Rozeno de Oliveira (*ibid*), os cuidados de enfermagem as pessoas portadoras de DM devem estar direccionadas a prevenção e a prática de autocuidado, sendo assim os enfermeiros devem ter presente que a prática de bons cuidados significa fazer coisas diferentes para pessoas diferentes.

Nesta óptica o enfermeiro de cuidados gerais tem por competência:

Artigo 8.º nº2: “O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (Ordem dos Enfermeiros, 2003: 7).

Artigo 63º: “Assegura que a informação dada ao cliente e / ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara” (Ordem dos Enfermeiros, *ibid*:21).

A educação é o elemento chave do tratamento da diabetes quer do tipo I quer do tipo II. Como doença crónica e de longa evolução, é indispensável a colaboração da pessoa disponibilizando informações mais ou menos detalhadas, que facilitem a compreensão dos problemas, e leve o diabético a criar novos hábitos de vida –

alimentação exercício, higiene e autocontrole da glicemia (Duarte, *ibid*). Para Torres, Fernandes e Cruz (2007 cit. in Costa, *ibid*), é um grande investimento que a equipa de saúde e a pessoa faz, porque permite melhorar o controlo metabólico, prevenir as complicações, reduzir o número de hospitalizações e os custos de tratamento.

Na visão de Faeda e Ponce de Leon (2006), a educação em saúde torna-se o próprio tratamento da DM, encorajando as pessoas a manterem atitudes saudáveis, melhorar sua qualidade de vida, usar o serviço de saúde nos momentos de reais necessidades. Por um lado ela exerce importante influência na manifestação de um comportamento positivo para mudanças nos hábitos de vida e na aderência ao tratamento (Gamba et. al., 2003).

No ponto de vista de Silva (*ibid*), a DM é uma doença que requer cuidados contínuos e exige da pessoa e seus familiares uma participação activa e constante, exigindo uma mudança radical do estilo de vida, o que não é fácil. Nesta óptica a mesma autora exalta o enfermeiro como educador que actuará com os seus conhecimentos, experiências e sensibilidade no apoio e transmissão de informações, estimulando a pessoa com DM nessa jornada.

Essas mudanças de comportamento não podem ser impostas, somente se fazem ao longo do tempo, com a compreensão da necessidade de mudança. Sensibilizar as pessoas portadoras de diabetes para compreender essa necessidade de alterações pessoais no estilo de vida é um desafio para os profissionais envolvidos em educação de diabetes (Grossi, 1999). Diante dessas considerações o mesmo autor refere que a educação em diabetes tem vindo a ser uma tarefa difícil, devido aos diferentes pontos de vista que existe entre o portador de diabetes, a equipa e a família como: crença, valores e mitos distintos que representam a sua própria visão do mundo, tornando complexa as acções educativas.

Portanto, mudança de hábitos e comportamentos frente às práticas de saúde é uma tarefa árdua que exige tempo, recursos e disponibilidade do profissional de saúde para instrumentalizar-se na aquisição de conhecimentos, na capacitação pedagógica e na busca de alternativas metodológicas que possam sensibilizar os portadores de diabetes direccionados ao autocuidado. E para isso é necessário a elaboração de um plano

assistencial que visa assistir e educar a pessoa, proporcionando assim melhoria na qualidade de vida e prevenção das complicações decorrentes da doença (Hermelinda, 2001).

Otero, Zanetti e Ogrizio (2008), conceituam a assistência da enfermagem a pessoa com diabetes como um conjunto de orientações para a saúde, que visam consciencializá-la a mudar de comportamento perante a sua problemática, com o propósito de levá-la a actuar na prevenção e na diminuição dos danos decorrentes da evolução natural da doença, estabelecendo metas da educação em diabetes para melhorar o controlo metabólico, prevenir as complicações agudas e crónicas, e melhorar a qualidade de vida com custos razoáveis.

Educar uma pessoa diabética é um processo criativo, que exige uma equipa de profissionais trabalhando juntos, de forma coordenada, contribuindo com serviços especializados, que possam ser necessários no auxílio do tratamento continuado ao diabético; educar é um investimento benéfico tanto para a pessoa quanto para os profissionais da equipa de saúde (Oliveira, 2004 cit. in Sena, *ibid*).

De acordo com Silva (*ibid*), ao planear o atendimento à pessoa diabética em qualquer nível de assistência, é de vital importância envolvê-la nas discussões para que possa sentir participante do processo e ter autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações dos profissionais. Ainda a autora alega que na prestação de um serviço de qualidade o enfermeiro tem um papel importante, no que se refere ao desenvolvimento das actividades educativas.

Nesta linha de raciocínio, ao elaborar essas actividades o enfermeiro deve ter em conta os pontos que necessitam ser abordados junto a pessoa diabética. É de extrema importância informá-la sobre as consequências da doença caso não seja tratado ou controlado adequadamente, e explicar os pontos que devem ser reforçados como a alimentação, a auto monitorização, os benefícios da actividade física, medicação, os factores de riscos e incentivá-la a tornar auto-suficiente quanto ao seu controlo (Brasil, 2001 cit. in Silva, *ibid*).

O profissional da saúde deve estar atento para verificar se a pessoa compreendeu ou não as recomendações feitas. Ele deve ser capaz de detectar possíveis distorções,

através de um diálogo aberto, caso contrário poderá ocorrer dificuldade de adesão por interpretação errada das informações (Espírito Santo et. al., 2012).

Freire (2001, cit. in Coelho e Silva, 2006), defende uma educação em que as pessoas aprendem a partir de suas experiências, esquecendo o modelo tradicional de educação no qual as pessoas recebem as informações de outras que detêm o conhecimento. Na visão de Grossi e Pascali (2009), uma aprendizagem significativa só ocorrerá se o enfermeiro estabelecer uma relação entre o que a pessoa conhece/vivenciou e aquilo precisa saber e/ou está motivado a aprender. Por isso deve ter em conta as opiniões para decidirem juntos quais as medidas pertinentes e possíveis de execução, encorajá-las a aderir ao tratamento e assumir a responsabilidade do seu próprio controle.

Rocha, Zanetti e Santos (2009), realça a importância do envolvimento da pessoa diabética em todas as fases do processo educacional pois, para assumir a responsabilidade no papel terapêutico, ela precisa dominar conhecimentos e desenvolver habilidades que a instrumentalize para o autocuidado, para isso precisa ter clareza acerca daquilo que necessita, valoriza e deseja obter em sua vida.

O propósito da educação em saúde é proporcionar combinações de experiências bem-sucedidas de aprendizagem, destinadas a facilitar adaptações voluntárias de comportamentos em busca de saúde e melhor qualidade de vida. Assim, o processo de educação em saúde para a prevenção na pessoa diabética deve visar o desenvolvimento pessoal que proporcione mudanças de comportamento em relação ao autocuidado, alimentação, exercício físico e medicação (Rocha, Zanetti e Santos, *ibid*).

10.A PARCERIA DA FAMÍLIA NA EDUCAÇÃO DA PESSOA DIABÉTICA

Segundo a OMS (cit. in Cisneros e Gonçalves, 2011), a educação para a saúde é a capacitação das pessoas e familiares nas habilidades para o manuseio do tratamento ou para adaptações particulares e prevenção de complicações das doenças. Ainda os mesmos autores referem, que essas intervenções educativas direccionam-se a formar uma pessoa consciente do seu problema de saúde e responsável por seu cuidado diário. Nesta perspectiva Grossi e Pascali (*ibid*), muitos são os familiares que convivem com a situação de ter um dos seus membros com complicações, sendo a lesão dos pés, o de maior relevância.

De acordo com Jenkins (2004), “a família é um grupo de indivíduos que vive junto ou em íntimo contacto, que fornece cuidados, apoio, sustento e orientações aos membros que deles dependem e uns aos outros. ”

Ainda a OMS (1994), complementa “a família não pode ser limitada a laços de sangue, casamento, parceiro sexual ou adopção. Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família.”

Qualquer pessoa portadora de uma doença crónica como no caso de DM precisa de partilhar esta enfermidade com a sua família e com pessoas próximas deste grupo social primário (Milionari et al.2008). Segundo os autores acima citados (*ibid*), a presença de um familiar doente envolve sofrimento tanto emocionais como sócio-económicos, afectando toda a família.

A família é considerada uma das entidades sociais mais evidentes e expressiva na sociedade, cultivando valores e crenças, que contribuem para a formação dos membros que a constituem, além disso também é uma fonte primária na qual a pessoa procura soluções de algo que desencadeia mal-estar, constituindo assim um sistema de apoio indispensável para a pessoa (Moreira et al., 2008).

Neste sentido Barbui e Cocco (2002), realçam que o apoio familiar é fundamental no autocuidado do diabético, pois muitas vezes, a pessoa apresenta limitações para exercê-la, devendo um dos familiares aprender a executar os cuidados

relativos à alimentação, controlo da glicemia capilar, aplicação de insulina, bem como manter a regularidade dos mesmos. Ainda os mesmos autores referem que o enfermeiro tem um papel fundamental na realização de actividades de educação em saúde junto a pessoa com diabetes e seus familiares. Desta forma Oliveira et al. (2012), acrescenta que o cuidado prestado pelo enfermeiro não limita-se apenas a uma assistência tecnicista, envolve uma abordagem multifacetada, olhando a pessoa e a família como um todo.

Neste propósito, para uma “educação efectiva em diabetes é necessário treinamento, conhecimento, habilidades pedagógicas, capacidade de comunicação e de escuta, compreensão e capacidade de negociação pela equipa multiprofissional de saúde” (Otero, Zaneti e Ogrizio *ibid*: 1). Na visão dos mesmos autores o enfermeiro deve estabelecer metas de educação que contribuem para melhorar o controlo metabólico, prevenir as complicações agudas e crónicas, melhorar a qualidade de vida com custos acessíveis.

Assim Freire (2001 cit. in Rigon, 2011), diz que o diálogo é a verdadeira comunicação, em que os interlocutores devem ter uma função activa, sendo a comunicação uma relação de igualdade que cria conhecimento, portanto, uma consciência crítica.

Segundo Otero, Zaneti e Ogrizio (*ibid*), existe uma necessidade de desenvolver práticas educativas de saúde direccionado à pessoa e à sua família. Sendo da competência do enfermeiro “aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades” (Ordem dos Enfermeiros artigo 42, 2003:20). Na visão de Orem (*ibid*), o papel dos membros da família é ajudar o indivíduo afectado a conseguir cuidar de si próprio.

Desta maneira, Moreira, et. al. (2008 cit. in Costa, *ibid*), afirma que a participação familiar no processo educativo contribui para a evolução do tratamento, na medida em que é o apoio afectivo, nos momentos de fragilidade. O enfermeiro sendo o profissional que tem uma relação de maior proximidade com a família, deve avaliá-la e incentivá-la a intervir melhor com a situação da doença (Grossi e Pascali, *ibid*).

Segundo estes mesmos autores (*ibid*: 167):

O papel do enfermeiro é avaliar a família e compreender em qual tarefa a família está tendo dificuldades e qual a sua necessidade; conhecimento habilidade e recurso. Após identificar estes factores, o enfermeiro é capaz de propor intervenções para ajudar a família a executar tarefas.

Para isso, é fundamental o envolvimento do enfermeiro nos programas de orientações, o que contribuirá para o aumento do índice de adesão ao tratamento e de melhoria na qualidade de vida destes e seus familiares (Quinhones, et. al. s/data). Sendo de competência do enfermeiro “Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis” (Ordem dos Enfermeiros art.º 37,*ibid*: 20).

Para Rocha, Zanetti e Santos (2009 cit. in Costa, *ibid*), realça que é de extrema importância que a equipa de saúde planeia estratégias que incentivam as pessoas com diabetes a adoptarem comportamentos precisos acerca do autocuidado e encontrarem percursos para vencer os obstáculos na adopção desses comportamentos. No dizer de Comioto e Martins (2006), o objectivo principal da educação da pessoa com diabetes é fazer com que mude de atitude, tornando um sujeito activo no controlo e tratamento da doença. Pois uma mudança no estilo de vida é sempre difícil, mas se houver o apoio constante da família e amigos, esta caminhada é possível (Hashimoto e Haddad, 2009 cit. in Costa *ibid*).

Torres, Fernandes e Cruz (2007 cit. in Costa, *ibid*), consideram educação como chave primordial para o melhoramento da qualidade de vida destas pessoas.

Na perspectiva de Cisneros e Gonçalves (2011), a participação de terceiros no controlo de diabetes parece ter influência positiva ou negativa no processo educativo, pois, por um lado o envolvimento da família é desejável, por outro, pode criar um ambiente desfavorável. Para Moreira, et al. (2008), é importante ressaltar que os problemas familiares não podem intervir para o mau uso da educação em saúde.

Para Coelho et al. (2009), a equipa de saúde deve entender e perceber a família a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão abrangente do

processo saúde-doença e suas intervenções, tendo a família um papel fundamental para o desenvolvimento de condutas de prevenção e promoção.

A enfermagem deve estar atenta quanto ao seu papel de educador juntamente da equipa de saúde, agindo na comunidade através da realização de palestras e actividades educativas para fim de promover autocuidado em saúde, principalmente na vida do diabético e sua família (Costa 2010:26).

O mesmo autor alega que as acções de enfermagem no cuidado à pessoa com diabetes devem ser assentes na prevenção de forma humanizada, ética e criativa com o intuito de capacitar a família e a pessoa a entender a doença, as suas complicações e a importância do autocuidado.

11. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES NOS PÉS DAS PESSOAS DIABÉTICAS

O DM é uma doença crónica que tem sido motivo de preocupação logo que, grande parte das suas complicações torna a pessoa incapaz de realizar as suas actividades, contribuindo assim para a diminuição da auto-estima, comprometendo a produtividade, qualidade de vida e sobrevida da pessoa, também um problema para o país devido ao elevado investimento do governo para o controlo e tratamento das suas complicações (Xavier, Bittar e Ataíde, 2009 e Silva Oliveira e Rozeno Oliveira, *ibid*).

A equipa de saúde tem um papel fundamental no processo de educação e prevenção das pessoas portadores de diabetes, especificamente na prevenção de complicações nos pés. Deve-se realizar um exame minucioso dos pés baseando-se nas características individuais identificadas bem como planear acções que sejam eficazes e cabíveis a cada pessoa (Bortoletto, Haddad e Karino, 2009). A assistência de enfermagem é um dos pontos fundamentais para melhorar o prognóstico desta patologia e por fim colaborar para a redução das taxas de amputações de membros inferiores em pessoas com diabetes tipo II (Almeida et al., 2008 cit. in Costa, *Ibid*).

Portanto o enfermeiro não actua somente com a assistência a partir da doença, mas o seu trabalho está focado na capacidade de agir com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada e competente, que envolva acções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (Ramos et. al., 2009 cit. in Costa, *ibid*).

Do ponto de vista de Watson (2002 cit. in Sousa e Santos, 2007), a enfermagem é uma profissão cuja responsabilidade ética e social perante a pessoa e a sociedade torna o enfermeiro responsável pelos cuidados prestados, cuidados estes que devem estar na vanguarda das necessidades percebidas pela sociedade no presente e no futuro.

De acordo com Smaltzer e Bare (2005 cit. in Souza, 2008), a educação é o primeiro passo a ser dado, logo que, requer ao longo da vida comportamentos especiais em que os seus portadores devem realizar medidas de autocuidado diário, impondo no seu dia-a-dia medidas preventivas com o objectivo de evitar a longo prazo certas complicações, como as lesões nos pés, que são os mais dispendiosos e incapacitante numa pessoa diabética.

Vieira (2009:98), refere: “os pés, muitas das vezes esquecidos, são uma parte muito importante pois são eles que suportam todo peso do nosso corpo e nos transportam para todo o lado.” Ainda no dizer da autora em relação aos diabéticos, devem assumir maior protuberância, pois se descuidarem, correm o risco de sofrerem graves lesões.

Segundo Ochoa-Vigo e Pace (2005 cit. in Menezes, Andrade e Silva 2009), o cuidado é a palavra-chave para os pés dos diabéticos, em que devem manifestar em primeiro lugar amor a si próprias e principalmente aos pés pois qualquer que seja o ferimento desde o mais insignificante até o mais sério, podendo evoluir à gangrena.

Nesta óptica os mesmos autores referem a necessidade de medidas preventivas em relação aos cuidados com os pés para minimizar este problema, como por exemplo: uso de calçados ortopédicos, inspeção diária dos pés procurando presença de calosidades e fissuras, higiene diária dos pés secando-os e dando especial atenção entre os dedos, evitar traumatismos, não andar descalços nem pisar pisos muito quentes.

Os sapatos devem ser de acordo com a anatomia dos pés dessas pessoas, devendo apresentar uma profundidade extra permitindo a adaptação de palmilhas removíveis, acolchoadas, e sem costuras interiores e de ponta quadrada, com saltos no mínimo de três centímetros cobrindo todos os dedos e o calcanhar, fabricados de couro ou lona. Neste sentido a educação a esses pacientes deve ser voltada ao autocuidado (Ochoa-Vigo e Pace 2005, cit. in Menezes, Andrade e Silva 2009).

Só se consegue atingir um bom resultado de autocuidado se tiver todas as informações de acordo com a sua doença e suas complicações em determino do que ela pode vir acarretar ao longo da sua vida. Daí a importância de uma boa educação em relação ao autocuidado principalmente no que concerne a lesões providas dos pés e assim retardar ou prevenir suas complicações, agindo de modo a minimiza-los, podendo provocar danos parciais ou totais por toda a vida (Souza, 2008).

Braga (2002 cit. in Souza, 2008), descreve o autocuidado como sendo um conjunto de práticas que devem ser desempenhadas com o intuito de manter-se saudável diminuindo os efeitos que a doença exerce sobre a nossa vida, enfim é tudo que uma pessoa pode fazer em benefício da saúde através de um processo educativo.

A educação tem como objectivo sensibilizar, motivar e mudar a atitude de pessoas que devem incorporar a informação recebida, sobre os cuidados com os pés e calçados no seu dia-a-dia reduzindo, consequentemente, o risco de ferimento, úlcera e infecção (Ochoa-Vigo e Pace *ibid*: 105).

Ainda alegam que a diminuição das lesões dos pés não depende só dos recursos hospitalares, mas sim através de programas educativos que abrangem medidas preventivas sobre os cuidados com as lesões nos pés, a família, pessoa e a comunidade.

Segundo o Consenso Internacional Sobre Pé Diabético (2001), a educação tem como meta consciencializar a pessoa a mudar a sua maneira de agir e pensar em relação as medidas de autocuidado com as lesões nos pés devendo ser orientados em relação a calçados apropriados e fazer com que o paciente seja capaz de detectar possíveis lesões nos pés, agindo rapidamente e procurar auto-ajuda a um pessoal de enfermagem (Souza, *ibid*).

12.A PREPARAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR DA PESSOA COM DM

Segundo a OMS (2004), a alta hospitalar é a libertação de uma pessoa de um centro de cuidados, sempre referenciando a data em que deixa o hospital. A alta hospitalar de acordo com a Classificação da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA- I, versão 2009-2011 cit. in Suzuki, Carmona e Melo, 2010: 529), é definido “como padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças suas sequelas que são insatisfatórias para alcançar as metas específicas de saúde.”

Ao deparar com o diagnóstico de uma doença, principalmente crônico, as pessoas ficam imediatamente preocupados com a gravidade desta e com a possibilidade de sequelas que podem vir a sofrer no seu dia-a-dia, experimentando sensações como medo, ansiedade, sentimento de perda, frustração e baixo auto-estima (Rantucci, 2007 cit. in Marques, Furtado e Di Monaco).

Assim é essencial a necessidade de elaborar um plano de alta, a fim de organizar as actividades ou orientações a cada pessoa hospitalizada de forma individual. É uma actividade que deve ter a colaboração de toda a equipa multidisciplinar, tendo o enfermeiro com responsável para a entrega e orientação do plano, logo que está mais perto da pessoa (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo 2010).

Parafraseando o conselho acima mencionado, o plano de alta tem por finalidade promover o bem-estar e mobilizar os recursos necessários para garantir o sucesso de cuidado no domicílio. Ainda nesta mesma linha de pensamento a orientação da alta é uma tarefa do enfermeiro mas, segundo os autores Pereira et. al., (2007), os enfermeiros questionam a falta de tempo e relatam que são informados somente no momento da alta da pessoa.

As pessoas geralmente ficam vulneráveis após a alta hospitalar, devido a fragilidade e o medo de assumirem o próprio autocuidado em casa que pode advir de uma deficiência no processo educativo durante o tempo da hospitalização e no momento da alta hospitalar (Suzuki, Carmona e Melo, 2010). Por isso Coren (2010), diz que, o planeamento da alta deverá iniciar logo após a admissão da pessoa de modo a poder identificar as reais ou potenciais necessidades

Deste modo, deve-se considerar a necessidade de continuar os cuidados após a alta hospitalar e, evitando assim reinternamentos, que envolvem um alto custo económica para a saúde (Suzuki, Carmona e Melo, 2010). Neste sentido Pereira et. al. (2007), refere que os custos elevados das hospitalizações prolongadas tem acelerado o período de internamento e o planeamento das altas tem sido um foco de preocupação de grande relevância para a segurança da continuidade do trabalho já elaborado pela enfermagem evitando o reinternamento.

A presença de uma doença crónica dentro de um contexto familiar afecta a todos os membros, directa ou indirectamente, mudando o estilo de vida da família (Miliorini et al., 2008). É nesta óptica que o enfermeiro tem que avaliar a condição que a pessoa apresenta para com o seu autocuidado, e como ajudá-la a tornar independente para o seu autocuidado no domicílio (Suzuki, Carmona e Melo, 2010).

Ainda na vertente destes autores o enfermeiro deve demonstrar interesse pela recuperação da pessoa, incentivando-o a aderir com responsabilidade ao seu autocuidado, a quando do internamento a alta, aceitando as propostas terapêuticas.

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010), refere que, uma rotina de planeamento de alta baseada no autocuidado, pode ser utilizado sendo este constituído com actividades de educação a saúde necessários e serviços comunitários com o objectivo de facilitar a transição do paciente para o domicílio e em condições independentes.

O portador de diabetes é um pessoa crítica devidas as complicações que enfrentam, trabalhar uma preparação para alta destes requer muita determinação e conforto em que a equipa interdisciplinar tem que ter uma abordagem sistemática em diversos pormenores no sentido da prevenção dessas complicações como, a retinopatia diabética, as lesões dos pés, e também acções educativas como uma dieta equilibrada a higiene dos pés o controle rigoroso da glicemia ou glicosúria, pratica de exercícios físicos (Lima, Carmona e Suzuky, 2010).

Segundo Seyffarth, Lima e Leite (2000), é extremamente importante nas doenças crónicas como a DM que as indicações da equipa de saúde associam a participação da pessoa como agente activo que cuida da sua própria saúde.

Já Kerzman, Baron-Epel, Toren, (2005), Pompeo et. al., (2007) cit. in Marques, Furtado e Mónaco (2010), afirma que uma orientação para alta hospitalar da pessoa em situação de doença crónica, se for informada de forma adequada, contribuirá para o sucesso de continuidade de cuidados, porém muitos estudos têm demonstrado que as pessoas saem do hospital sem conhecerem a sua situação de forma coerente.

Muitas vezes esta situação prevalece devido as dificuldades de comunicação que existe entre a enfermagem e os outros profissionais de saúde e a fraca aderência dos profissionais de enfermagem, as reuniões de preparo para alta, e muitas vezes nestas condições as informações de alta são oferecidos pelo médico verbalmente ou por escrito. Além disso o enfermeiro é comunicado com pouca antecedência actuando primeiro com a questão burocrática em vez participar de forma efectiva na preparação para alta (Suzuki, Carmona e Melo, 2010).

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho demonstrou-nos através de pesquisas científicas feitas ao longo do mesmo, a importância e benefícios de implementação de programas de educação nas enfermarias do HBS, durante o internamento da pessoa, de maneira a diminuir reinternamentos e sequelas, e a alta hospitalar deve ser direccionada para preparar a pessoa para o cuidado a ser realizado no domicílio, visto que esta leva para o ambiente familiar a experiência e o aprendizado que obteve no hospital.

Quanto ao processo de investigação realizado neste âmbito, pode-se afirmar que apesar de algumas dificuldades encontradas no decorrer do mesmo, como por exemplo carência de livros nas nossas bibliotecas sobre o tema em estudo, se alcançaram as respostas à pergunta de partida e aos objectivos propostos.

A DM está entre um dos principais problemas de Saúde Pública de Cabo Verde, sendo responsável pela morbimortalidade da grande parte da população diabética. Segundo estudos relatados, grande parte das complicações que a diabetes pode ocasionar, poderiam ser evitados. É uma doença que acarreta grandes custos para o País, às pessoas e suas famílias.

A melhor maneira de evitar essas complicações é realmente a prevenção, cabendo aos profissionais de enfermagem a importante função de cuidar, fazendo um acompanhamento periódico a essas pessoas e seus familiares, sobre a importância do autocuidado, pratica regular de exercícios físicos, necessidade de uma boa alimentação e controlar a glicemia, tratar de maneira correcta proporcionará uma vida saudável e uma melhor qualidade de vida.

Neste contexto o enfermeiro deve aprimorar a sua assistência na atenção primária em saúde de forma humanizada, ética e integral, tendo uma visão holística da pessoa prestando assistência qualificada, de forma a capacitar a pessoa e a família a compreender a patologia e as suas complicações e a importância da prevenção e o cuidado. Compreender o valor desse cuidado, requer uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso, começando por valorizar a própria vida para respeitar a do outro.

O enfermeiro ao realizar as suas actividades educativas deve ter em conta a avaliação da situação económica da pessoa e a cultura em que está inserida. Pois a falta do apoio familiar e a condição social desfavorável, são factores que influenciam as pessoas a pouca adesão ao tratamento e ao autocuidado. De certo que, a família precisa de ajuda nesta difícil tarefa, para isso o enfermeiro precisa conhecer e entender o quotidiano de cuidado das famílias e a percepção que elas têm de saúde, para manter ou recuperar o equilíbrio.

Percebe-se assim que quando as pessoas constroem o seu saber a partir do seu contexto, passa a ser mais facilmente incorporado no seu processo de autocuidado, tornando compreensível e integrado ao seu quotidiano. Reforçamos, porém que o sucesso obtido no processo educativo se fundamenta na relação de empatia, confiança e dedicação de ambas as partes.

É necessário que os enfermeiros reflectem-se sobre a necessidade de tornarem-se mais activos e criativos, superando o modelo biomédico e curativista, para contemplar a importância do desenvolvimento de uma assistência educativa.

Durante a elaboração desse estudo, entendemos a necessidade de uma reflexão sobre as actividades dos enfermeiros junto da pessoa com diabetes, adoptando novas estratégias em relação às práticas educativas, visando a promoção do autocuidado e equilíbrio físico-psicológico e sociocultural, possibilitando a adopção de um estilo de vida saudável.

Portanto sugere-se que as acções educativas sejam constantes e contínuo, logo que o processo de transformação é longo e difícil. O período de internamento nem sempre é suficiente para uma aprendizagem adequada e eficaz, pelo que é necessário começar com as acções educativas logo no momento da admissão hospitalar até o momento da alta. Deste modo há que promover discussões e reflexões em grupos de pessoas diabéticas dentro do ambiente hospitalar, estimulando o diálogo e a participação activa, o que possibilita a aprendizagem e a formação de um conhecimento crítico ampliando a compreensão e a autonomia.

Neste sentido torna-se evidente a necessidade de realizar formações e seminários regulares, permitindo aos profissionais o aperfeiçoamento e uma reflexão das práticas educativas e das dificuldades enfrentadas em relação ao autocuidado.

Com este trabalho pretendemos alertar e incentivar os enfermeiros, sobre a importância da educação na perspectiva de saúde, direccionada ao atendimento as necessidades das pessoas com diabetes, estimulando-as a adesão ao autocuidado e a mudança do estilo de vida.

Assim, apesar de existir muitas dificuldades no quotidiano das acções de saúde no nosso País, os enfermeiros, são realmente capazes de fazerem a diferença nesse processo de educação às pessoas diabéticas, basta empenho e dedicação.

14.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Livros

- Associação Protectora dos Diabetes de Portugal. (2009). *Diabetes Tipo 2: Um Guia de apoio e Orientação*.Lisboa, Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Bilous, Dr. R.W. (1999). *Guia Médico da Família Diabetes: Sintomas Diagnósticos Testes Auto-Ajuda tratamentos Dietas Estilo de Vida*. Londres, Editor Médico, Livraria Civilização.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar Ética do humano – compaixão pela terra*.Brasil, 7ª Edição, Editora Vozes, Lda.
- Collière, M.F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Sindicatos dos Enfermeiros de Portugal, Editora Lidel.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Harrison, et al. (1995). *Medicina Interna Compêndio*: Rio de Janeiro, Brasil, Editora electrónica: Imagem virtual, Nova Friburgo MK Graw Hill, 13ª edição.
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2003). *Criar novos caminhos: a reabilitação*. Loures, Lusociência, Edições Técnicas Científicas, Lda.
- Hesbeen, W. (2000). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*, Loures, Lusociência. Edições técnicas científicas, Lda.
- José, H.M.G. (2002). *Humor nos Cuidados de Enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Loures, Lusociência. Edições técnicas e Científicas, Lda.
- Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem*. Prefácio sobre Germano Couto. Loures, Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Org. Basto L.B. et al., (2006). *Artes de cuidar ciclo de colóquios cultura e doença mental O poder do outro dor e sofrimento*. Editora Lusociência, Edições técnicas e Científica Lda.
- Pereira, E. A. (2004). *Cinderela da diabetes: Pé diabético, perspectiva de saúde pública*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Sands, K.J. e Dennison, P.E. (2003). *Manual clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática Clínica*. 1º Volume, 3ª edição Lusodidacta.
- Vieira, S. (2009). *Conselho para diabéticos*. Lusociência.

Capítulos de Livros

- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. (2001). “Educação do Diabético” Cap. 12. *Viver com Diabetes*, 1ª edição, Lisboa. (179-183).
- Lavery, L.A; Baranosky, S e Ayello, E.A. (2006). “Úlceras de Pé Diabético” Cap.15 Ayello, E.A.; Baranosky S. *O essencial sobre o tratamento de feridas – princípios práticos*. Editora Lusodidacta; (361-381).
- Duarte, R. (2002). “Pé Diabético”. Cap. 29 in Jorge Caldeira, Estêvão Pape. *Diabétologia Clínica*. (369-375). Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Rice, R. (2004). “Cuidar das famílias no ambiente domiciliar” cap.4. In Ruth Jenkins. *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliares-Conceitos e Aplicação*. 3ª Edição, Lusociência, Loures, Edições Técnicas e Científicas, Lda. (49-60).
- Black, J.M. e Jacobs, E.M. (1996). “Cuidados de Enfermagem a Clientes com Enfermidades endócrinas do Pâncreas”. Cap.61. in Luckman e Sorensen. *Enfermagem Médico – Cirúrgico – Uma abordagem psicofisiológica*. 4ª Edição Vol. 2 (1712-1743).
- Phipps, W.J; Sands, J.K. e Marek, F.J. (2003). “Intervenções Junto de Pessoas com Diabetes Mellitus e Hipoglicemia”. Cap. 35. In Margaret M. Ulchaker.

Enfermagem Médico – Cirúrgicas Conceito e práticas Clínicas. 6ª Edição vol. II editora lusociência, edições técnica e científicas Lda. (1283-1342).

- Tomey, A. M. e Alligood M. R. (2004), *Teoria do Défice do Auto-cuidado*, cap. 13. In Susan G. Taylor. *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teóricos de enfermagem)* 5º edição, Lusociência (211 - 235).
- Vilar, et al. (2001). *Diabetes Mellitus- Classificação de Diagnóstico, Endocrinologia Clínica*. In Teixeira L, Machado C.S. Rio de Janeiro, 2ª edição Medsi; Cap. 38 (511-522).

Revistas

- Alessandra, F; Leon, P.M e Rosales, C.G. (Novembro-Dezembro; 2006). “Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus”, *Revista Brasileira de enfermagem*, vol. 59, nº 6.
- Andrade, N.H.S. et al. (2010 Out. /Dez). “Pacientes com Diabetes Mellitus: Cuidados e Prevenção do Pé Diabético em Atenção Primária à Saúde”. Ver. *Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro; 18(4): (616-21) p. 616.
- Barbui, E.C e Cocco, M.I.M. (2002). “Conhecimento do cliente diabético em relação aos cuidados com os pés”. *Rev. Esc. Enferm. USP*; 36 (1): (97-103).
- Bortoletto, M.S.S; Haddad, M.C.L e Karino, M.E. (Jan. /Abril 2009). “Pé diabético, uma avaliação sistematizada.” *Arp. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama*, vol. Nº 13 n 1, (37-43)
- Caiafa, J.S. et al. (2011). *Atenção integral ao portador de pé diabético*.
- Cisneros, L.L. (Jan. /Fev. 2010). “Avaliação de um programa para prevenção de úlceras neuropáticas em portadores de diabetes”. *Rev. Brás. fisioter*. Vol.nº 14 no.1 São Carlos.

- Cisneros, L.L e Gonçalves, L.A.O. (2001). “Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares”, *Ciênc. Saúde colectiva*, vol.16 supl.1 Rio de Janeiro.
- Coelho, et al. (Mar 2009). “Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2”, *Rev. esc. Enferm. USP*, vol.43 no.1 São Paulo.
- Coelho, M.S; Silva, D.M.G.V. (Jan. /Abr. 2006). “Grupo de Educação – Apoio: Visualizando o autocuidado com os pés de pessoas com Diabetes Mellitus”. Maringá, v.5, n. 1, p. 11-15.
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. (2010). “Alta hospitalar”, *Parecer Coren-SP CAT Nº 023*.
- Espírito Santo, M. B. et al. (Jan./Abr. 2012). “Adesão dos Portadores de Diabetes Mellitus ao Tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde”. *Enfermagem revista, artigo de revisão*, V. 15. Nº 01.
- Gamba, M.A. et al. (2004). “Amputações de extremidades inferiores por DM: estudo de caso controle”. *Rev Saúde Pública*; 38(3): 399-104. Departamento de enfermagem. Universidade federal de São Paulo, Brasil.
- INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES ISIDORO DA GRAÇA, (2012) *Normas para a elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos e científicos*.
- Maia, F. T. e Silva, F.L. (Abril, 2005). “O pé diabético de clientes e seu autocuidado: a enfermagem na educação em saúde”; *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, universidade Federal do Rio de Janeiro, Vol. 9 Núm1 pp. (95-102).
- Martin, V.T; Rodrigues, C.D.S e Cesarino, C.B. (2011 Out. /dez). “Conhecimento do Paciente com DM sobre o cuidado com os pés”, *Rev.enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 19 (4): 621-5. p. (62).
- Martins, J.J. e Comoto, G. (2006). “Promovendo o autocuidado ao indivíduo portador de diabetes: da hospitalização ao domicílio”. 64 *Arquivos Catarinenses de medicina* vol. 35 Nº 3.

- Menezes, T; Andrade, E. M. e Silva, J.L. (2009).“O processo de educação em saúde na prevenção e controle do pé diabético: Implicação para o enfermeiro no processo de atenção básica”. *Informa-se em promoção da saúde*, V.5, n.1. p. 04-06.
- Milionari, J.P. et al. (Jul./Set. 2008). “A família no contexto hospitalar apreendendo os anseios e expectativas relacionadas com a doença crônica”, *rev. Rene*. V.9, 3, p (81-91).
- Milman, M.H.S.A. et al., (Out. 2001).“Pé Diabético: Avaliação da Evolução e Custo Hospitalar de Pacientes Internados no Conjunto Hospitalar de Sorocaba”. *Arq Bras Endocrinol Metab* v.45 n.5 São Paulo.
- Moreira, R.C. et al. (2008 Jun.). “Vivências em famílias das necessidades de cuidados referentes a insulino terapia e prevenção do pé diabético”. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), 29 (2), (283-291).
- Nóbrega, M.B.M. et al. (Setembro de 2004). “Programa de educação preventiva em pé diabético” – *Peduc. Área Temática da Saúde*, anais do 2º congresso Brasileiro de Extensão Universitária Belo Horizonte – (12 a 15).
- Silva Oliveira, G.K. e Rozeno Oliveira, E. (Julho à Dezembro de 2010).“Assistência de enfermagem ao portador de DM: Um enfoque na atenção primária de saúde”, *VEREDAS FAVIP – Revista Eletrônicas de Ciências* – v.3, n.2.
- Onofre, M.R., et al., (Dezembro 2009). “A enfermagem na prevenção do pé diabético nos idosos”.*Revisão íntegra da literatura*, 61º congresso brasileiro de enfermagem, Transformação Social e Ambiental, de Centro de Convenções do Ceará Fortaleza (07 - 10).
- Otero, L.M; Zantti, N. L e Ogrizio, M. D. (Março-Abril, 2008). “Conhecimento do paciente diabético acerca da sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes”. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 16 (2).
- Oliveira, T.S; Moreira, K.F.A. e Gonçalves, T.A. (2012).“Assistência de Enfermagem com Pacientes Queimado”, *Rev. Bras. Queimaduras*, 11 (1): 37-7: 34.

- Pereira, A.P.S. et al, (2007). “Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras”, *Rev. Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 15 (1): 40-5.
- Roseanne, M.R; Maria, L.Z e Manoel, A.S. (2009). “Comportamento e conhecimento: fundamento para prevenção do pé diabético” *Acta Paul enferm* 22 (1) (17-23).
- Moreira, R.C e Sales, C.A. (2010). “O Cuidado de enfermagem para com o ser portador de pé diabético: Um enfoque fenomenológico”. *Rev. Esc. Enferm USP*; 44 (4): 886-903.
- Sousa, P.M.L. e Santos, I.M.S.C. (Jun. 2007). “Cuidando da pessoa com ferida cirúrgica: estudo de caso”. *Revista Referência II.ª Serie nº4*
- Souza, M.L. et al. (Abril-Junho, 2005). “O cuidado em enfermagem – uma aproximação”. *Texto&contexto Enfermagem*, vol. 14, número 002, universidade Federal da santa Catarina Florianópolis – SC - Brasil, pp. 266-270. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe .España y Portugal. Universidad autónoma del Estado de México.*
- Suzuki, V.F.; Carmona, E.V. e Lima M.H.M. (2011). “Planejamento da alta de um paciente diabético: construção de uma proposta”, *Rev Esc Enferm USP*, 45 (2): (527-32).
- Teixeira, C.R.S. et al. (Mar. 2011). “Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus”, São Paulo, *Rev. Esc. enferm. USP* vol.45 no.1.
- Ochoa-Vigo, K. e Pace, A.E. (2005). “Pé diabético: estratégias para prevenção”, *Acta Paul enferm*, 18 (1): 100-9.
- Ochoa-Vigo, K. (2006). “Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a factores desencadeantes do pé diabético”. *Acta Paul Enferm* 19 (3): 296-303.

- Zanetti, M.L et al. (2008 Mar.-Abr.). O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família: revista de enfermagem Reben, 192 Rev. Bras. Enferm, Brasília, 61 (2): (186-92).

Monografias e Dissertações

- Costa, Dayanne. (2010). *O pé diabético nas ações do serviço de enfermagem na estratégia saúde da família*. Trabalho de conclusão de curso (aprovado a 17 de Abril 20011) Itabirinha – MG.
- Denadai, B. (s/data). *Importância da actuação da enfermeira na prevenção de lesões em pé diabéticas*. VII simpósio internacional de ciências integradas UNAERP CAMPUS GUARUJA.
- Laurindo, M.C. et al. (Abr.-Jun., 2005). “Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés”. Arq Ciência Saúde; 12(2): 80-4. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.
- Marques, L.F.G.; Furtado, I.C. e Di Mónaco, L.C.R. (2010). *Alta hospitalar: um enfoque farmacêutico*, Trabalho de conclusão de curso (especialização) (aprovado 24/5/2010) instituto Racino, São Paulo.
- Oliveira, A.P.S. (2010). *O papel do Enfermeiro Frente ao Grupo de Diabéticos do PSF*, Monografia apresentada a Faculdades Integradas de Jacarepagua, Varginha MG.
- Otávio, D.K e Severino, G. (s/data). *Educação para a saúde: Uma proposta de actuação da enfermagem na assistência ao diabético*. Departamento da enfermagem – Faculdades Integradas de ourinhos – FIO/FEMM.
- Quinhones, S. et al. (s/data). *A capacitação da enfermagem na educação de pessoas portadoras de diabetes*. Académica do 2º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Santa Maria/UFSM – R.S.
- Rigon, A.G. (2011). *Ações educativas de enfermeiros no contexto de unidades de internação hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Santa Maria, RS, BRASIL.

- Vieira-Santos, I.C.R. et al. (Dez.2008). “Prevalência de pé diabético e factores associados nas unidades de saúde da família da cidade de Recife, Pernambuco, Brasil em 2005”. Artigo Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro, 24 (12): 2861-2870.
- Sena, E.S. (2007). *Abordagem do enfermeiro ao paciente portador de doenças crónico degenerativo Diabetes*. Monografia. Centro Universitário de Brasília Faculdade de Ciências da Saúde – FACS curso de enfermagem, Brasília/DF.
- Silva, K.N. (2009). *Promoção do autocuidado para pacientes diabéticos em relação aos pés*. Escola de Saúde Pública do Ceará. Curso de especialização em práticas clínicas em saúde da família, Fortaleza.
- Souza, M.A. (2008). *Autocuidado na prevenção de lesões nos pés: conhecimento e prática de pacientes diabéticos*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Legislações

- Ordem dos Enfermeiros – Divulgar. (2003). Competência dos enfermeiros de cuidados gerais - Conselho de Enfermagem.

ANEXOS

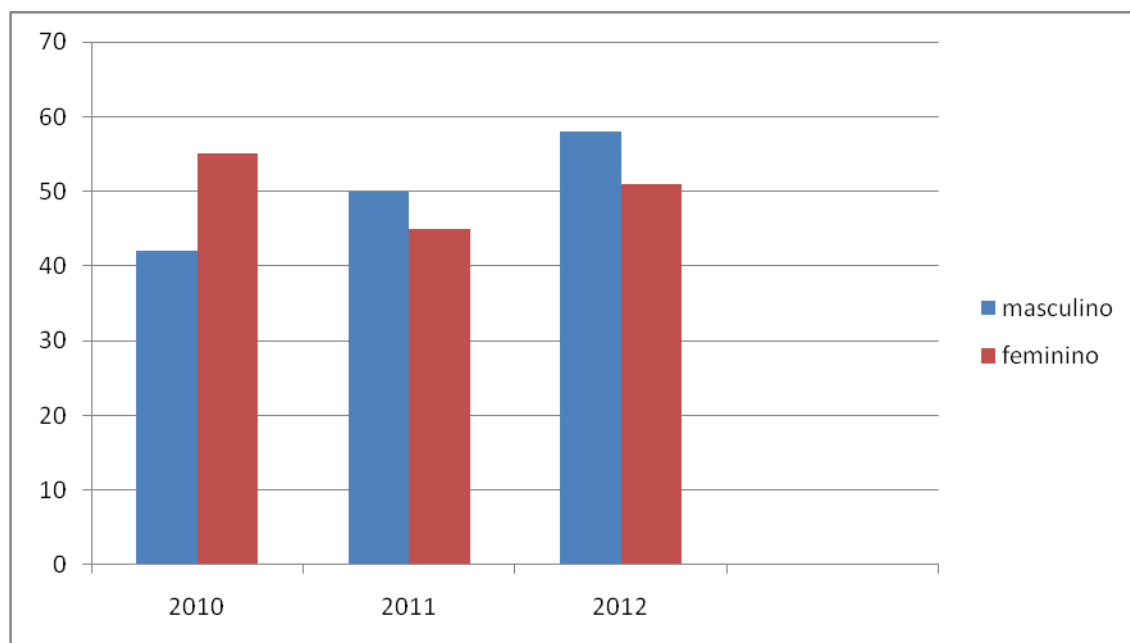
ANEXO I: TABELA CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA DA DIABETES MELLITUS

I. Diabetes tipo 1 (destruição das células beta, geralmente usualmente levando à deficiência absoluta de insulina)
A. Auto Imune B. Idiopática
II. Diabetes tipo 2 (pode variar de predominância de resistênciainsulínica com relativa deficiência de insulina à predominância de um defeito secretório das células, a uma deficiência na secreção de insulina como característica principal beta associada à resistência insulínica).
III. Outros tipos específicos A. Defeitos genéticos da função da célula beta B. Defeitos genéticos na acção da insulina C. Doenças do pâncreas exócrino E. Endocrinopatias F. Induzida por medicamentos ou produtos químicos H. Formas incomuns de diabetes auto-imune G. Infecções de rubéola congénita, citomegalovírus, vírus coxsackie I. Outras síndromes genéticas as vezes associadas ao diabetes
IV. A diabetes gestacional (DMG)

Fonte: Vilar, et. al., Endocrinologia Clínica, 2001:513

ANEXO II

Gráfico nº 1



Fonte: HBS (2013)